

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

90

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 janvier 1891, à 1 heure

PAR

Pierre Terson

Ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de l'hôpital de la Pitié.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA GALVANOPUNCTURE
DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : $\left. \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{DIEULAFOY, professeur.} \\ \text{QUÉNU, BALLET, agrégés.} \end{array} \right\}$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

90

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 janvier 1891, à 1 heure

PAR

Pierre TERSON

Ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de l'hôpital de la Pitié.

**CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA GALVANOPUNCTURE**

DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : { MM.
DIEULAFOY, professeur.
QUÉNU, BALLET, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS
	{ G. SEE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	REITTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DISSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le 5 juin 1889, M. le Docteur Moure de Bordeaux pratiqua une amygdalotomie double chez un enfant de 7 ans, atteint de végétations adénoïdes et d'une hypertrophie considérable des amygdales. Cette opération fut accompagnée d'un écoulement de sang, qui, quoique dépassant la moyenne, fut vite arrêté par le badigeonnage des plaies au jus de citron et par des gargarismes à l'eau glacée. Mais quelques heures après l'enfant qui s'était endormi, après avoir pris un potage, se réveillait avec tous les signes d'une hémorrhagie interne et le rejet d'une demi-cuvette de sang noir à moitié digéré provenant de l'amygdale gauche. Grâce à l'ingestion de boissons glacées et à une surveillance rigoureuse, tout danger semble écarté, quand le huitième jour à la chute de l'escharre de l'amygdale gauche survient une nouvelle hémorrhagie dans les mêmes conditions et en aussi grande quantité que la première fois.

C'est cette observation rapportée à la Société de chirurgie par M. le docteur Schwartz dans la séance du 30 avril 1890, qui souleva la discussion du 7 mai.

Dans cette séance M. Quénu rappelant sans y insister, les dangers de l'amygdalotomie proscrivit cette opération au profit de la galvano-puncture qui n'a donné que des succès.

A l'appui de cette assertion, il rapportait la statistique de sa pratique personnelle qui porte sur plus de 150 malades et il posa les règles du manuel opératoire.

MM. Chauvel et Marc Sée, vu la simplicité et la facilité de l'excision à l'amygdalotomie et n'ayant eu personnellement aucun accident dans cette intervention, rejettent la cautérisation à laquelle ils objectent sa lenteur.

MM. Verneuil et Lucas Championnière tout en admettant la cautérisation chez l'adulte, croient que le mode d'intervention est indifférent chez l'enfant.

Cette discussion réveilla dans le monde médical la querelle des amygdalotomistes et des partisans du fer rouge. Le 28 juillet 1890 dans sa thèse inaugurale le docteur Désiré apportant les observations de la clinique laryngologique de l'hôpital de Lariboisière, concluait à l'emploi général de l'amygdalotomie, ne laissant que quelques cas rares à la cautérisation qu'il déclare longue, difficile, dangereuse et barbare.

Externe dans le service du docteur Sevestre, médecin à l'hôpital Trousseau, nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre d'enfants atteints d'hypertrophie des amygdales et de pratiquer souvent la destruction de ces organes à l'aide du galvano-cautère. A même d'étudier ce mode de traitement, nous avons été frappé de l'exagération des attaques dirigées contre cette intervention ; aussi avons-nous eu l'idée, approuvée d'ailleurs par notre maître le docteur Sevestre, de consacrer notre thèse à l'étude de la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales. Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail, de prôner un système nouveau, puisque nous n'avons fait que suivre les

règles si magistralement posées par M. Quénu. Notre but, beaucoup plus modeste, est d'apporter ici nos observations, de montrer ainsi la facilité et les bons résultats de cette pratique et de décharger ainsi le fer rouge de tous les péchés dont l'ont chargé à plaisir les partisans à outrance de l'instrument tranchant.

Avant d'aborder l'étude de ce sujet nous remercions M. le docteur Quénu, chirurgien de l'hôpital Cochin et professeur agrégé de la Faculté de médecine de sa bienveillance et des conseils qu'il nous a prodigués dans l'élaboration de ce travail.

M. le professeur Panas nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en sommes très reconnaissant.

Ce travail va clore nos études, nous ne saurions oublier tous ceux qui, pendant ces quelques années, nous ont prodigué leurs conseils et leurs leçons. Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. Théophile Anger, Guyot, Lefort, Maygrier, Mercklen, Rendu, Sevestre et Tuffier reçoivent ici l'assurance de notre gratitude pour leur bienveillance à notre égard.

Nous prions M. le docteur Gilles d'accepter nos remerciements pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

ACCIDENTS DE L'HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE.

INDICATIONS DE L'IGNIPUNCTURE.

L'histoire complète de l'hypertrophie des amygdales a été faite tant de fois déjà que nous la laisserons complètement de côté. Nous nous contenterons ici de rappeler quelques-uns des accidents qui en sont la conséquence et les effets qu'elle produit souvent sur l'organisme et dont les symptômes parfois bien éloignés amènent le médecin jusqu'au diagnostic de cette affection.

Un des premiers symptômes qui frappent le praticien en présence d'un enfant porteur de grosses amygdales est la physionomie même du sujet. Celui-ci présente quelquefois un faciès caractéristique, la bouche est toujours entr'ouverte, les narines sont dilatées et le nez offre une sorte d'épatement qui donne à la physionomie une certaine expression d'hébétude. Malheureusement il arrive parfois que le faciès est en rapport avec un certain degré de retard intellectuel, ainsi que l'a bien démontré Ouspenski dans un travail paru dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en 1888. Cet aspect tient aux efforts incessants d'une respiration entravée par l'obstacle qui siège au niveau de l'isthme du gosier, respiration toujours incomplète, comme le prouvent la déformation du thorax signalée par Dupuytren et

l'arrêt du développement physique. Cette dernière résultante, appuyée par les observations de Robert dans le *Bulletin de Thérapeutique*, puis contestée par Morel Lavallée, a été bien souvent démontrée et entr'autres par une observation de Forget, à la séance de la Société de chirurgie du 16 janvier 1850.

Si on vient à faire parler le malade, on remarque que la phonation est troublée, la parole est lente, la voix pâteuse et peu distincte, nettement diminuée dans son intensité, présente un timbre guttural caractéristique. C'est en un mot la voix amygdalienne, que Krishaber a défini d'un mot, la Pharyngophonie, appellation qui a l'avantage de la distinguer immédiatement de la voix nasillée ou Rhinophonie.

Mais parfois, avant de faire parler le malade, on est amené à examiner l'état des premières voies aériennes par un symptôme, qui, quoique non pathognomonique de cette affection, se retrouve de temps en temps dans l'hypertrophie amygdalienne. Certains chevaux, à chanfrein anormalement brusqué, présentent certains au repos, la majorité seulement aux allures rapides une respiration bruyante. C'est le cornage dû à la difficulté que l'air éprouve à passer à travers les fosses nasales congénitalement retrécies de ces animaux et qui, généralement produit chez l'homme par une atrésie du larynx ou de la trachée, peut également tenir à l'obstacle formé par des amygdales trop volumineuses.

Quant aux phénomènes accusés par les malades, ce sont quelquefois un peu de gêne dans la déglutition et une surdité légère quand les tonsilles trop développés repoussent

le voile du palais en haut et obturent la trompe d'Eustache, mais l'accident dont ils se plaignent le plus est l'angine à poussées aiguës presque continuelles. Le moindre refroidissement suffit pour donner lieu à des crises très douloureuses ; cela se comprend fort bien par le contact direct et continu de l'air froid et chargé de poussières nuisibles sur la muqueuse pharyngienne, alors que la respiration s'effectue par la bouche et non plus par le nez dont la muqueuse est destinée à le modifier. De là cette inflammation s'étend aux parties voisines et par continuité atteint les fosses nasales et la trompe d'Eustache, le larynx et les bronches, donnant ainsi lieu à des coryzas et à des otites rebelles, d'un autre côté à des laryngites et à des trachéo-bronchites qui désespèrent le malade.

Chez l'adulte les troubles sont moins nombreux et surtout moins sérieux, mais par la gêne que cette affection apporte à la respiration et à la parole, elle peut être un véritable obstacle à l'exercice de certaines professions, et ne serait-ce que les poussées inflammatoires qu'elle occasionne, elle a droit à un traitement. Celui-ci peut être médical ou chirurgical ; du premier nous ne dirons rien, car il est reconnu actuellement qu'il est rarement efficace. On pourrait cependant conseiller un traitement thermal à ces malades qui sont généralement des tempéraments lymphatiques et scrofuleux et les envoyer faire une saison à des eaux sulfureuses ou arsénicales, mais seulement quand la destruction des amygdales aura été effectuée par le chirurgien.

HISTORIQUE DE LA CAUTÉRISATION DES AMYGDALES

La destruction des tonsilles peut être faite de deux manières, au moyen du fer rouge ou par les caustiques chimiques. Cette dernière méthode a consisté généralement à porter au moyen d'un godet métallique une certaine quantité de potasse caustique sur la glande hypertrophiée. En 1858, Maisonneuve, empruntant les procédés employés par Girouard et Manoury pour la destruction des tumeurs malignes, détruisit une amygdale cancéreuse au moyen de flèches au chlorure de zinc ; mais la cautérisation chimique des amygdales est justement délaissée à l'heure actuelle, car ainsi que le dit M. de Saint-Germain, elle n'offre aucun avantage et présente beaucoup de dangers.

L'emploi du fer rouge dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales remonte aux premières années de notre ère, puisque nous voyons dans la thèse de Ricordeau que Mesué qui d'après Velpeau aurait été le premier à employer les caustiques, se servait du cautère actuel, et Arété qui vivait en l'an 60 après Jésus-Christ conseillait d'attaquer les tonsilles par le feu.

Après eux il faut citer Brunus de Padoue en 1252, puis Marc Aurèle Severini et ses deux amis Petrus Afflisius et Mercatus qui de 1620 à 1641 se servaient souvent du fer

rouge pour détruire les amygdales sessiles qu'ils ne pouvaient ou n'osaient pas exciser. Dionis en 1672, puis Heister en 1683, préférèrent la cautérisation à l'amygdalotomie qu'ils qualifient de barbare ; en 1734 Wiseman, premier chirurgien du roi d'Angleterre Charles II, considère le cautère actuel ou potentiel comme le moyen le plus simple et le plus sûr de détruire les amygdales.

Elle perd un peu de terrain avec Van Swieten, Boerhaave et Lieutaud qui ne l'admettent que dans quelques cas ; mais elle reprend avec Louis, Percy, Boyer, Jourdain, Miquel, Philippeaux, etc., etc. Mais l'emploi du cautère actuel présente un inconvénient et un danger, il se refroidit très vite au contact des tissus et il possède un pouvoir rayonnant considérable qui nécessite l'usage d'une canule. Aussi la cautérisation ne s'était pas relevée du coup que lui porta Fanhestock ; l'instrument du chirurgien américain, quand il eût été armé de la pique de Velpeau, de Guersant et de Chassaignac et lorsqu'il eût subi les modifications de Charrière, de Maisonneuve et de Matthieu était d'un emploi tellement facile et donnait dans certains cas un résultat si rapide et si brillant, qu'il fallait tous les dangers de l'amygdalotomie pour laisser au fer rouge quelques-uns de ses partisans. Mais l'invention du thermo cautère et l'application de l'électricité galvanique à la cautérisation, firent disparaître les désavantages du cautère actuel.

En mai 1880, Krishaber, dans un article intitulé « l'ignipuncture appliquée aux granulations du pharynx et du larynx » paru dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, conseille l'emploi du thermo cautère dans le pha-

rynx et réserve le galvano-cautère plus maniable au traitement des lésions du larynx. Un an après en juillet 1881, dans son étude « du procédé igné appliqué à la destruction des amygdales hypertrophiées » publiée également dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, il rapporte quarante observations de destruction des tonsilles par le thermo-cautère qu'il emploie généralement. Il réserve en effet le couteau galvanique aux cas où il s'agit de modifier la nutrition de l'amygdale plutôt que de l'enlever en totalité. De cet article il ressort que le docteur Cazin médecin de l'hôpital de Bercy-sur-Mer qui avait commencé en 1872 ou 73 de pratiquer la cautérisation au fer rouge des amygdales de ses scrofuleux, aurait aussi employé le thermo-cautère à la même époque.

Dans l'intervalle de ces deux publications en novembre 1880, le docteur Paul Koch, au congrès laryngologique international de Milan, préconise aussi le thermo-cautère contre l'hypertrophie des amygdales. Depuis cette époque cette étude a été le sujet de nombreux articles de journaux et de plusieurs mémoires tant en France qu'à l'étranger.

Chez nous il faut citer la thèse de Ricordeau en 1886, sur l'ignipuncture dans l'hypertrophie des amygdales, travail dans lequel il préconise le thermo-cautère à l'exclusion du galvano-cautère pour des raisons qui nous paraissent peu concluantes.

En 1888, Balmé, dans sa thèse, s'occupe surtout de la pathogénie de l'affection, il laisse un peu de côté le traitement mais résume les leçons et les articles de Ruault sur la matière.

Enfin la même année, Ouspenski publie dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, un article particulièrement intéressant parce que les quinze sujets dont l'auteur rapporte les observations ont été suivis et qu'on y trouve non seulement les avantages évidents du galvano-cautère pour l'opération, mais aussi les résultats éloignés de cette intervention.

Nous rappellerons aussi la discussion de la Société de chirurgie du 7 mai 1890, et la communication de M. Quénu, dont nous avons fait mention dans l'introduction de ce travail.

MANUEL OPÉRATOIRE

Avant de décrire ici notre *modus faciendi*, nous allons parler quelques instants des instruments dont nous nous sommes servis, pour apprécier leur valeur et montrer leurs inconvénients.

Le galvano-cautère que nous possédions dans notre service est le modèle portatif de Chardin ; il comprend une pile au bichromate de potasse dont les éléments sont formés de lames de zinc et de cuivre, et plusieurs modèles de couteau que nous étudierons plus tard ainsi que le manche sur lequel on les fixe.

La pile de cet appareil doit présenter deux conditions essentielles, elle doit être assez forte pour porter aux températures les plus élevées les différents couteaux et les y maintenir autant que cela est nécessaire, elle doit de plus être munie d'un système permettant la graduation facile et rapide du courant. Pour ce dernier point, nous croyons que les appareils accumulateurs construits récemment par Gudendag sont préférables, malheureusement ils demandent à être rechargés de temps en temps. Cette petite opération ne sera facile que lorsque l'électricité sera passée dans la pratique pour l'éclairage des villes et des maisons ; mais alors il sera encore plus simple de recourir au système qui fonctionne au dispensaire Pereire, et que M. Quénu, chirurgien de cet

établissement a fait connaître à la Société de chirurgie dans la séance du 19 juin 1889.

Les couteaux dont nous nous servons sont de deux types. L'un est une simple pointe il est formé par un fil de platine coudé à angle très aigu et soudé sur deux fils de laiton, il est destiné à pénétrer profondément et de plus permet de dilacérer en agissant à la manière d'un couteau. Le second est formé d'une anse de platine contourné en spirale ou en tire-bouchon, il offre par conséquent une surface beaucoup plus considérable, il pénètre difficilement dans les tissus, mais il possède, grâce à sa grande surface, un pouvoir destructeur plus considérable.

Il serait préférable au lieu de faire les couteaux en platine pur d'adopter le platine iridié que M. Quénu a utilisé pour cet usage.

Ces différents couteaux peuvent se fixer à un manche dont l'importance est grande pour l'opération qui nous occupe. Il est formé d'un tube de bois traversé dans le sens longitudinal par deux fils de laiton ; ces deux conducteurs sont filetés à leur extrémité postérieure pour fixer les fils inducteurs de la pile et présentent à leur extrémité antérieure une chape munie d'une vis de pression pour fixer les couteaux. Mais l'un de ces fils présente à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs une section oblique de haut en bas et d'avant en arrière, ce qui fait que le courant ne peut pas passer. Pour fermer le circuit la face supérieure de la manette porte une pédale à ressort, quand le doigt presse sur celle-ci, elle abaisse le segment postérieur du fil au contact du segment antérieur et le courant traverse le

couteau. Dès que le doigt se relève, le ressort soulève la pédale et le courant est interrompu.

La cautérisation est généralement facile chez l'adulte, mais elle présente parfois quelques difficultés avec des enfants indociles chez lesquels il faut se préoccuper de maintenir la bouche ouverte. Il est facile d'improviser un ouvre-bouche et il suffit d'un abaisse-langue et d'un bouchon pour dompter un sujet récalcitrant, mais il y a des instruments très commodes dont nous ne citerons que deux, parce que nous les avons expérimentés. Le premier est le spéculum buccal de Matthieu que M. de Saint-Germain a décrit dans une clinique publiée dans la *Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance* en 1884 et auquel nous ferons deux reproches, celui de nécessiter plusieurs calibres et celui d'être facilement déplacé par les mouvements de la langue du sujet. L'ouvre-bouche que nous préférons est le dernier modèle de Colin, fondé sur le principe des pinces à forcipressure avec la différence qu'ici la crémaillère est destinée à ouvrir l'instrument au lieu de le fermer. Les mors de la pince sont remplacés en haut par un double crochet qui embrasse le bord libre des incisives supérieures, et en bas par un abaisse-langue portant à sa base une rainure à concavité inférieure destinée à loger les incisives inférieures. L'avantage de ce modèle est qu'un seul numéro suffit et puis qu'une fois qu'il est placé l'enfant a beau se remuer il ne peut pas le faire sauter.

Si le petit malade est indocile et refuse de se laisser examiner nous commençons par lui lier les jambes au moyen d'une serviette en cravate enroulée autour des genoux, puis

nous le faisons asseoir sur les genoux d'un aide qui lui maintient les bras et le haut du corps, pendant qu'un autre aide placé derrière lui fixe la tête. Ouvrant alors de force la bouche du sujet, s'il refuse de l'ouvrir bénévolement, nous introduisons l'ouvre-bouche que nous plaçons et que nous ouvrons au maximum; dans ces conditions le sujet est hors d'état de nuire.

Généralement les enfants sont dociles et voici comment nous procédons. Le galvano-cautère est placé sur une table à côté de nous et réglé de manière à porter le couteau au rouge vif. Le sujet est assis en face du jour et placé comme pour l'examen laryngoscopique, la tête fixée par un aide et la gorge bien éclairée. Assis nous-mêmes en face de l'opéré nous déprimons de la main gauche la langue avec un abaisse-langue ordinaire coudé à angle droit et tenant la manette de la main droite nous procédons à la cautérisation des amygdales suivant les règles posées par M. Quénu à la Société de chirurgie le 7 mai 1890. Après avoir essuyé l'amygdale avec un peu de coton hydrophile monté sur une pince on porte le cautère à froid sur l'amygdale, une simple pression sur la pédale suffit pour porter au rouge vif le petit cautère. Nous enfonçons alors celui-ci en plein tissu amygdalien, généralement dans la première séance nous usons du cautère en pointe avec lequel il est facile de pénétrer jusqu'au centre de l'organe et de le sectionner comme avec un couteau. Il faut avoir soin en retirant le cautère de continuer à le chauffer légèrement afin de le dégager des petites eschares qui lui adhèrent. Si on ne prenait pas cette précaution on produirait des déchirures très doulou-

reuses de l'amygdale. Nous faisons ainsi dans chacune de ces glandes de 2 à 4 cautérisations profondes suivant le volume de l'organe. Cette petite opération est rapidement faite et non douloureuse.

Les malades revenaient au bout de huit ou quinze jours, les eschares étaient tombées et l'amygdale paraissait alors divisée en trois, quatre ou cinq segments superposés et séparés les uns des autres par des sillons profonds. Dans la deuxième séance et dans celles qui suivaient, nous nous servions alors du cautère en spirale avec lequel nous détruisions tous les mamelons formés par les cautérisations précédentes. Généralement il nous suffisait de trois ou quatre séances ainsi espacées de huit ou quinze jours pour détruire chaque amygdale ; la dernière était consacrée à la toilette de l'amygdale, qui consistait à égaliser avec le couteau en spirale la fossette provenant de la destruction de la glande. Quelquefois nous le faisions tout de suite, mais quand cela nous était possible nous la renvoyions à un mois pour permettre à la rétraction cicatricielle de s'opérer.

CONTRE-INDICATIONS DE LA GALVANO-PUNCTURE

Après avoir décrit le manuel opératoire, nous allons étudier les critiques que l'on adresse à la galvano-puncture. Le Dr Désiré, dont la thèse est l'ouvrage le plus récent sur cette question, formule quatre griefs contre le fer rouge : la longueur du traitement, la difficulté du manuel opératoire, la douleur et les dangers de cette intervention.

La première de ces critiques serait sérieuse si les amygdalotomistes s'étaient contentés des chiffres vrais et ne s'étaient pas crus obligés de les exagérer. D'après nos adversaires, il faut pour détruire les amygdales dix à douze séances, ce qui fait une durée de cinq à six mois, et pour cela ils invoquent le témoignage d'Ouspenski, qui dans quelques cas d'amygdales énormes et exceptionnellement squirrheuses fut obligé de multiplier le nombre des cautérisations. M. le professeur Quénu, rapportant à la Société de chirurgie sa statistique, qui porte sur plus de 150 cas, prétend que souvent deux séances lui ont suffi, mais que jamais il n'a fait plus de quatre séances. Comme on le verra par la statistique de nos observations, notre moyenne se rapproche de celle de ce chirurgien. A côté de cas heureux où nous avons détruit en deux séances des amygdales de volume moyen, nous avons des observations où, grâce à l'indocilité

du sujet, il nous a fallu six séances pour les débarrasser d'amygdales énormes ; mais la majorité de nos cas, et cela avec des amygdales volumineuses, porte à quatre le nombre des séances nécessaires. Nous sommes loin, on le voit, des six mois que les amygdalotomistes imposent à notre traitement ; mais ce serait trop long, comparé à la rapidité de l'amygdalotomie, si les résultats étaient les mêmes. Quand les amygdales ont été brûlées, elles sont à jamais détruites et nous verrons dans l'étude de l'amygdalotomie que cette intervention ne met pas à l'abri de la récurrence et que la repullulation des amygdales coupées n'est pas chose rare.

Le deuxième grief a rapport à la difficulté du manuel opératoire ; mais il est encore moins sérieux que le premier, car il suffit d'avoir vu faire cette petite opération pour se convaincre de sa facilité. D'ailleurs, cette raison, à supposer qu'elle fût vraie, mériterait-elle qu'on abandonne l'ignipuncture qui n'a donné que des succès, pour avoir recours à l'amygdalotomie qui a donné des cas de mort ? On doit juger les opérations sur leurs résultats et non pas sur leur plus ou moins grande facilité. La galvano-puncture n'est difficile qu'avec des sujets très indociles et même chez ceux-là on peut la pratiquer.

M. Désiré rapporte qu'ayant eu l'occasion de suivre une clinique où l'on faisait systématiquement la cautérisation des amygdales, il remarqua que cette opération était excessivement douloureuse et cela malgré la cocaïne. Dans notre pratique, nous avons été frappés de l'absence complète de douleurs quand nous cautérisons le tissu amygdalien, c'est même si évident, que certains enfants peureux qui refusaient

de se laisser cautériser à la première séance, ne faisaient plus aucune difficulté quand ils avaient été cautérisés une ou plusieurs fois. De plus, la cocaïne est complètement inutile, en effet, le tissu glandulaire étant indolore, le malade n'éprouve un peu de douleur que lorsque la glande étant à peu près détruite, le cautère arrive près des tissus rétro-amygdaliens, or, ce point est trop profond pour que la cocaïne y fasse rien. Sur les conseils de notre maître, M. Sevestre, nous avons essayé l'anesthésie, mais les enfants que nous avons cocaïnisés n'ont pas voulu l'accepter une deuxième fois à cause du goût amer de la solution. Cela prouve d'une manière péremptoire que la douleur qu'ils éprouvent ne doit pas être bien forte.

La seule chose qui est désagréable est l'odeur de chair brûlée qui se dégage dans les fosses nasales et la fumée qui, pénétrant dans le larynx, fait tousser le sujet. Mais ce dernier inconvénient peut encore être évité, si l'enfant est tranquille, car alors on peut faire rapidement les cautérisations et le laisser respirer librement. Si au contraire, il se débat, il fait des mouvements inspiratoires désordonnés et la fumée est aspirée dans le larynx.

Le principal danger de l'ignipuncture employée à la destruction des amygdales est la brûlure des parties voisines. Cet accident est dû à l'indocilité du sujet, mais nous croyons qu'il se produit surtout dans l'emploi du thermo-cautère. En effet, alors que le couteau galvanique est introduit à froid, vu la faible longueur qui s'échauffe et étant donné que grâce au ressort de la pédale, le courant peut être interrompu immédiatement, nous ne comprenons pas comment il serait

possible à un opérateur attentif de brûler son malade. Avec l'instrument de Paquelin, c'est différent, la pointe rougit sur une grande longueur et s'échauffe jusqu'au manche, de plus, il faut l'introduire dans la bouche et la sortir tout allumée ; il est donc très facile de brûler les lèvres ou la langue. Quant aux arcades antérieures, Paul Koch prétend qu'avec le thermo-cautère il est presque impossible de les ménager complètement. Un autre inconvénient que l'on reproche à l'ignipuncture en général et qui est encore due au thermo-cautère, c'est le fort rayonnement de cet instrument. Cette puissance calorique peut amener ainsi des brûlures à distance et occasionner une grave inflammation des parties voisines, inflammation qui peut se compliquer d'un accident redoutable, l'œdème de la glotte.

On voit par cette étude comparative qu'il faut faire une distinction entre les deux appareils et que si on enlève celles de ces critiques qui se rapportent à l'emploi du thermo-cautère, la cautérisation n'offre pas de dangers. Nous n'imputerons pas, en effet, à la galvano-puncture les accidents d'infection et surtout de diphtérie que les amygdalotomistes reprochent au fer rouge. Nous ne voulons pas nier les cas d'infection qui se sont produits sur une amygdale cautérisée à la chute des eschares, M. Jules Simon a vu à l'hôpital des Enfants-Malades, deux cas de diphtérie chez des opérés de M. de Saint-Germain, nous-même en avons eu un cas à l'hôpital Trousseau. Mais nous croyons que la méthode thérapeutique n'est pas responsable et nous nous rallions à l'opinion du chirurgien des Enfants-Malades, qui croit que, en temps d'épidémie, cette méthode met les sujets dans de

moins mauvaises conditions que les deux larges plaies de l'amygdalotomie. Si nous examinons maintenant le bilan de l'amygdalotomie, nous voyons que cette intervention ne met pas à l'abri de l'infection et sans vouloir citer ici tous les cas connus, ce qui nous entraînerait trop loin, nous voyons que Harvey et Hamilton citent deux cas d'accidents fébriles graves consécutifs à l'amygdalotomie. Guersant lui attribue un cas d'angine diphthérique et un cas de diphthérie avec croup, enfin, Bouchacourt a eu un cas de mort par œdème de la glotte, œdème due à la propagation de l'inflammation qui s'était développée sur le tronçon de l'amygdale. L'infection simple, pas plus que l'infection diphthérique ne sont donc pas des spécialités de la cautérisation, et nous voyons ainsi que les quatre griefs de la galvano-puncture tombent devant un examen sérieux.

Avant de terminer ce chapitre, nous croyons bon de réfuter quelques critiques que M. Ricordeau adresse au galvano-cautère dans sa comparaison avec le thermo-cautère.

1° Instrumentation compliquée. Le seul ennui est d'avoir une pile, mais ce grief, ainsi que celui relatif au prix élevé de l'instrument tombera tout seul le jour où l'électricité sera plus employée.

2° Manuel opératoire délicat pour ne pas dépasser la température hémostatique du rouge sombre. Nous croyons beaucoup plus facile de régler le galvano-cautère que le thermo-cautère, et d'ailleurs il n'y a guère lieu d'en tenir compte, car au contact du tissu glandulaire, la température s'abaisse forcément et il vaut mieux chauffer le plus possible.

3° Danger d'une trop grande puissance calorique. Cette critique semble singulière dans la bouche d'un homme qui préconise le thermo-cautère, car il n'y a pas de comparaison possible entre un fil de platine, rouge sur une longueur de un centimètre et la pointe la plus fine du thermo-cautère de Paquelin, qui rougit sur une longueur de quatre ou cinq centimètres. D'ailleurs, toute la partie rouge du couteau galvanique est dans le tissu amygdalien et ce que nous lui reprocherions au contraire, ce serait de ne pas avoir une puissance calorique beaucoup plus forte.

L'AMYGDALOTOMIE EST-ELLE TOUJOURS POSSIBLE ?

Pour répondre à cette question, il nous faut voir quelles sont les meilleures conditions dans lesquelles se présente une amygdale que l'on veut couper. Si quelques amygdalotomistes prétendent que l'on peut exciser n'importe quelle amygdale, ils ne nient pas cependant que certaines se présentent d'une manière beaucoup plus favorable que d'autres. L'amygdale-type, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, est celle qui à un volume moyen et à une forme régulière, autant que possible sphérique, joint une consistance ferme et surtout une facile saillie hors des piliers. Malheureusement ces conditions sont loin d'être toujours réunies, et si le volume de la glande n'a qu'une importance secondaire, il n'en est pas de même de la forme, de la consistance et principalement de la situation des tonsilles.

La situation des amygdales est un des plus grands écueils de l'amygdalotomie ; il faut en effet, pour que cette glande s'engage facilement dans l'anneau de la guillotine, qu'elle soit mobile entre les arcades et qu'elle puisse sortir facilement hors des piliers. Cette condition est remplie par les amygdales pédiculées, mais que va-t-il arriver avec des glandes sessiles ou enchatonnées ? Prenons d'abord le cas où les tonsilles sont sessiles, et supposons que ces organes

font une forte saillie dans l'isthme du gosier, rien n'est plus facile que d'embrocher cette tumeur et de la couper. Mais une fois la section faite, l'opérateur s'aperçoit qu'au lieu d'avoir enlevé toute la glande, il a laissé un énorme moignon, d'où il résulte qu'il a fait une opération incomplète exposant son malade à l'hémorrhagie et à la récurrence.

Mais la difficulté est bien plus grande encore dans le cas où l'amygdale est enchatonnée ; en effet, si lorsque la glande est sessile, elle fait encore une certaine saillie hors des piliers, ici elle n'en fait plus du tout ; et tandis que dans le premier cas, la section portait encore sur le pédicule, ici elle porte sur le sommet de la tumeur. L'amygdalotomie ne fait qu'ébarber, que moucher l'amygdale, même avec le procédé de l'aide que conseille le Dr Désiré dans sa thèse. Quel est alors le résultat de l'intervention ? On a enlevé le tiers et quelquefois une plus faible partie de l'amygdale, et Ruault dans la thèse de Balmé dit d'une manière formelle qu'il y a récurrence toutes les fois que l'on n'a pas enlevé au moins les deux tiers de l'amygdale.

Les contre-indications qui tiennent à la forme de la glande se rapportent à deux types distincts. Il arrive fréquemment que l'hypertrophie amygdalienne, au lieu de se développer d'une manière régulière, affecte une forme lobée. Quoiqu'il soit possible de voir des glandes présentant plusieurs lobes, ordinairement on n'en trouve que deux principaux ; l'amygdale présente un sillon qui la divise en deux lobes, tantôt égaux, le plus souvent de volume variable. Tant que cette division est peu tranchée et que la glande est de volume peu considérable, il n'y a pas lieu d'en tenir

compte. Mais dès que les lobes sont un peu volumineux et que le sillon intermédiaire est profond, cette forme oppose à l'introduction dans l'anneau du sécateur des difficultés parfois assez grandes et qui amènent presque toujours une section incomplète de l'organe dont un seul lobe est coupé. Dans un autre type, l'amygdale affecte la forme d'un ovoïde ou d'un cylindroïde et elle occupe deux positions, suivant que le développement a été plus grand dans le diamètre vertical ou dans le diamètre antéro-postérieur. Dans le premier cas, elle est dite plongeante ; l'extrémité inférieure se cache au niveau de l'épiglotte et du larynx ; dans le second, tandis que le pilier antérieur est fortement déjeté en avant, le pilier postérieur est appliqué contre la paroi postérieure du pharynx. Il est facile de comprendre la difficulté qu'éprouve le chirurgien pour faire pénétrer dans l'anneau de l'amygdalotome ce corps cylindrique tout entier. Comme pour l'amygdale bilobée, la section n'enlève qu'une extrémité plus ou moins volumineuse de la glande et le résultat aboutit, comme pour les amygdales enchatonnées, à une récidive. On a fait une opération inutile.

Quant à la consistance de l'organe, elle présente deux écueils diamétralement opposés. La friabilité de l'amygdale, qui semblerait au premier abord être avantageuse pour la section, est la cause de beaucoup d'insuccès dans l'emploi de l'instrument de Fanhestock. Si nous étudions le mécanisme de cet appareil, nous voyons qu'au moment où la pique a traversé la glande, elle est portée en dedans par le redressement de la vis qui vient butter sur son arrêt. Mais la fourche qui par ce mouvement doit attirer l'amygdale en

dedans pour la faire saillir hors des piliers la déchire, et quand la section est faite, alors que l'on a cru couper un gros morceau de la glande, on en rapporte un misérable débris; bien heureux quand la déchirure n'a pas été complète, auquel cas l'instrument revient à vide.

Dans un autre cas on a affaire à des amygdales dures et fibreuses; on saisit la glande dans l'anneau, la fourche embroche la tumeur et tout à coup le sécateur s'arrête net. Un cas de ce genre nous est arrivé à l'hôpital Trousseau et nous n'arrivâmes à achever la section qu'en appuyant fortement sur les anneaux, au risque de briser le sécateur. Ce dernier accident, qui peut être dû à la sclérose de la glande, est produit le plus souvent par la présence d'un calcul. Les cas les plus célèbres sont les deux observations de Chassaignac qui une fois retrouva le fragment, mais qui ne put pas savoir dans l'autre si le malade ne l'avait pas avalé, et le cas de Maisonneuve qui, introduisant les doigts dans le pharynx de son malade, eut le bonheur de saisir le fragment au moment où il allait être avalé.

L'amygdalotome de Fanhestock étant l'instrument le plus couramment employé, c'est de lui que nous nous sommes occupés jusqu'ici. Le bistouri, arme de prédilection de quelques chirurgiens, a dans quelques-uns de ces cas des avantages sur la guillotine; par exemple, il est tout indiqué dans le cas de calcul de l'amygdale diagnostiqué à l'avance. Malheureusement il ne met pas à l'abri du principal danger de l'amygdalotomie, de l'hémorrhagie que nous allons étudier actuellement

DEL'HÉMORRHAGIE DANS L'AMYGDALOTOMIE.

Il arrive parfois avec l'amygdalotome qu'au moment où l'opérateur veut embrocher l'amygdale grâce à un faux mouvement du sujet indocile, la luette, les piliers ou le bord de la langue sont dilacérés par la pique, ou encore que par un mouvement réflexe ils viennent s'engager dans l'anneau et sont sectionnés par le sécateur. Avec le bistouri la blessure qui est la plus commune est celle du voile du palais, alors que le chirurgien coupant l'amygdale de bas en haut et ayant atteint la partie supérieure n'a pas le soin de retourner assez tôt son instrument horizontalement et de le ramener en dedans. Ces blessures des parties voisines quoique pouvant dans certains cas donner lieu à des hémorrhagies difficiles à arrêter n'ont pas ordinairement un pronostic grave, aussi les laisserons-nous de côté pour ne nous occuper ici que de la perte de sang consécutive à la section de l'amygdale elle-même.

On a mis longtemps cet accident sur le compte de la blessure de la carotide, mais si cette lésion peut se produire, et Béclard, Tenon, Burns et Barclay en citent des exemples authentiques, elle est exceptionnelle. Elle est due ordinairement à l'emploi du bistouri manié par une main malhabile, mais elle pourrait se produire avec l'amygdalotome dans

des cas comme celui rapporté dans l'observation LIII de la thèse de Ricordeau, où l'autopsie révéla que la carotide faisait un coude dans l'amygdale.

Le plus souvent le sang provient des vaisseaux propres de l'amygdale et peut avoir trois sources : les artérioles, les veinules et les capillaires.

« Dans l'hypertrophie des amygdales les vaisseaux sanguins, disent Cornil et Ranvier, sont eux-mêmes sclérosés et diminués de calibre d'où anémie de l'organe et hémorrhagies insignifiantes à la section. » Mais dans certains cas cette sclérose de la paroi ne peut-elle pas expliquer l'hémorrhagie ; les artérioles restent béantes et l'hémostase ne se fait pas, ou si elle se produit, à la chute de l'escharre le caillot peut être entraîné, en donnant lieu à une hémorrhagie tardive. Sans aller jusqu'à l'altération des parois vasculaires, nous pouvons expliquer la perte sanguine par analogie avec ce qui se passe dans les tumeurs fibreuses en général et les fibro-myomes de l'utérus en particulier. Les tractus fibreux qui vont de la tumeur à la tunique externe des artères empêchent les parois vasculaires de s'affaisser. Les vaisseaux restent béants et l'hémorrhagie se prolonge ou se répète continuellement, et cette analogie n'est pas une simple vue de l'esprit, on trouve dans la thèse de Ricordeau l'examen d'une amygdale qui présentait sur la surface de section une artériole maintenue béante par les adhérences au tissu de la glande.

Les veinules, peuvent, elles aussi, être le siège de l'hémorrhagie. Nous ne devons pas oublier qu'en arrière de l'amygdale et en dehors d'elle existe un plexus veineux amyg-

dalien qui est tributaire d'un autre plexus beaucoup plus important, le plexus pharyngien. Si l'hémorrhagie artérielle est plus à craindre dans la section qui porte en plein parenchyme, c'est surtout quand elle porte sur le pédicule de la glande qu'elle donne lieu à un écoulement de sang veineux. Le couteau en effet intéresse le plexus amygdalien ou les veinules qui y aboutissent et qui sont naturellement plus dilatées. Si à ce moment la circulation veineuse dans les jugulaires est gênée grâce à la constriction du cou par un col ou une cravate ou dans la veine cave supérieure parce que le sujet respire mal, le sang noir aura une tendance toute naturelle à se dégorger vers le pharynx où il trouve une porte ouverte et une pression nulle.

L'hémorrhagie enfin peut avoir sa source dans le réseau capillaire de la glande. Quelle est l'étiologie de cet écoulement en nappe ? On a invoqué beaucoup de causes, les uns accusent l'hémophilie du sujet, d'autres l'impaludisme ; certes ces deux opinions sont soutenables et elles s'appuient sur des observations irréfutables. Malheureusement il y a des cas où il est impossible de trouver aucune de ces tares, ainsi que M. Lucas Championnière en a cité un à la société de chirurgie dans la séance du 7 mai 1890 ; y a-t-il alors une cause nerveuse qui agirait sur les capillaires par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs ? On ne peut faire que des suppositions à cet égard.

Quel est le pronostic de l'hémorrhagie amygdalienne ? Naturellement dans le cas de blessure de la carotide la mort est instantanée ; mais si dans les autres cas l'accident n'est pas toujours mortel, le pronostic est toujours grave. Ces hé-

morrhagies sont toujours très difficiles à arrêter, elles se reproduisent souvent et on jugera de leur gravité par la crainte qu'elles ont de tout temps inspirée aux chirurgiens. Il suffit pour cela de faire l'histoire de l'amygdalotomie.

Celse dit au chapitre XII du livre VII de son ouvrage : « ... On lave ensuite la plaie avec du vinaigre et on l'enduit de médicaments propres à arrêter l'hémorrhagie ». On voit donc que Celse qui écrivait vers l'an V après Jésus-Christ, reconnaît les dangers de l'hémorrhagie dans l'opération qui nous occupe. Depuis lors tous les chirurgiens ont connu cet accident, mais il existe une grande différence dans leurs appréciations au point de vue de la fréquence et du pronostic. D'un côté nous trouvons Aétius, Paul d'Egine, Albucasis qui conseillent de ne pas opérer les amygdales rouges, dures, fibreuses ou sessiles ; Marc Aurèle Sévérini, Brunus de Padoue et Mercatus qui conseillent dans ce cas la cautérisation ; Jacques Guillemeau, Sharp et Moscati qui proposent la ligature, enfin Boyer qui tout en disant : « Cette opération n'est presque jamais suivie d'hémorrhagies », fait construire par Hervez de Chégoin la pince qui porte son nom.

Mais en face de ces auteurs qui tout en reconnaissant la possibilité d'une hémorrhagie, pratiquent cependant l'amygdalotomie, se dressent les chirurgiens qui ont été aux prises avec cette terrible complication et qui ont connu ses funestes résultats. En tête de cette liste, se placent deux hommes qui sont tellement pénétrés des dangers que l'amygdalotomie fait courir au malade, que non seulement ils rejettent ce mode d'intervention mais qu'ils font de l'hypertrophie des amygdales une sorte de « *noli me tangere* » à laquelle ils refusent

toute opération. Rhazès en 950 et Ambroise Paré en 1509 préférèrent laisser au patient tous les inconvénients de son affection, quittes à lui faire la bronchotomie si les glandes atteignent un tel volume que des accès de suffocation menacent la vie du sujet.

Après eux nous trouvons une série de chirurgiens qui tout en procrivant d'une manière formelle l'instrument tranchant, ne vont pas jusqu'à l'excommunication du malade et cherchent à le débarrasser par un autre procédé. Il faut citer parmi eux, Cheselden qui en 1640, rapporte quelques cas de mort par l'amygdalotomie, Heister en 1683, qui traite l'excision de barbare et de cruelle, et Pauli en 1707, qui rejette toute opération sanglante. En 1750, Morgagni écrit ces mots : « *Certior factus sum quanto in periculo, ob nimiam et vix tandem cohabitam sanguinis profusionem nonnulli fuerint ex iis qui passi sunt sibi tonsillas eximi* ».

Enfin en 1808, Portal relate un fait d'hémorrhagie mortelle.

L'époque contemporaine grâce à l'invention de Fanhestock qui facilitait l'amygdalotomie a vu se multiplier cette opération d'une manière inconsidérée comme l'accuse Chassaignac dans la séance du 24 juillet 1850 à la Société de chirurgie. Par cela même les accidents devaient être plus nombreux, malheureusement tous les cas n'ont pas été publiés et il est certain que Ricordeau qui en 1886 a réuni dans sa thèse tous les cas qu'il a pu trouver est resté bien au-dessous de la réalité. Il emprunte 4 cas d'hémorrhagie à la thèse de Verdenal de Nancy. Il cite Woss qui a la fin de son mémoire sur l'ablation des amygdales rapporte qu'il a eu 27 cas d'hé-

morrhagies graves chez des enfants de moins de 12 ans et qui ont nécessité l'emploi des hémostatiques, et le cas plus grave d'une femme de 22 ans chez laquelle une perte de sang abondante ne fut arrêtée qu'au bout de 6 heures.

Ricordeau y ajoute 35 cas nouveaux ; si nous y joignons les deux cas de Broca rapportés par M. Lucas Championnière et celui de ce chirurgien nous arrivons au chiffre de 68.

De plus Ricordeau cite 15 observations où l'hémorrhagie s'est terminée par la mort ; nous y joindrons un cas également fatal publié par Blair dans *Medecine and Surgery Reporter Philadelphie*, 1880.

Le docteur de Saint-Germain, faisant en 1884 à l'hôpital des Enfants Malades une leçon clinique, commençait en ces termes : Il y a quelques années, je rencontrai Nélaton dans un quartier éloigné et comme je lui demandais ce qui l'y amenait. « Je vais, me dit-il, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter ». J'insistai pour savoir ce qui pourrait causer quelque embarras à un chirurgien aussi habile. « Je m'en vais, dit-il, essayer d'enlever deux amygdales ». Malgré le peu de fréquence des hémorrhagies sérieuses, malgré la rareté des terminaisons funestes, la possibilité de ces accidents justifie à notre avis et contre l'opinion des amygdalotomistes l'opinion de l'illustre chirurgien.

PARALLÈLE ENTRE L'AMYGDALOTOMIE ET L'IGNIPUNCTURE

Dans le courant de cette étude nous avons montré les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes mais afin de les étudier d'une manière complète nous avons été obligés de les séparer en chapitres distincts. Cette façon de procéder qui a l'avantage de la netteté à l'inconvénient de ne pas bien montrer la valeur relative de ces deux systèmes ; aussi croyons-nous, avant d'aborder l'étude de nos observations, qu'il est bon de revenir un peu en arrière et, dans un résumé aussi court que possible, comparer entre elles l'amygdalotomie et l'ignipuncture.

L'amygdalotomie a pour elle la rapidité de l'opération et pratiquée sur des amygdales qui présentent un certain type elle est facile et brillante. Mais elle n'est pas toujours possible et nous avons vu comment certaines amygdales offraient de mauvaises conditions de situation, de forme, de volume et de consistance qui, si elles ne rendent pas cette intervention toujours impossible, rendaient bien aléatoire son résultat. De plus nous avons vu qu'elle n'est pas sans danger, et que si certains sont insignifiants ou non imputables en propre à l'amygdalotomie, il en est un qui, heureusement rare, est redoutable, nous avons nommé l'hémorragie, cette grave

complication qui a donné tant de peines et de souci et occasionné trop souvent la mort.

L'ignipuncture est toujours possible. Quelles que soient la situation, la forme, le volume et la consistance des amygdales, le fer rouge les atteint et peut les détruire complètement, aussi bien celles qui sont enchatonnées que celles qui sous le nom d'amygdales plongeantes ou en amende poussent des prolongements derrière la base de la langue ou au niveau de l'épiglotte. Est-elle facile ? Oui ; naturellement il faut que l'opérateur est une certaine légèreté de main, mais nous croyons et cela d'après notre pratique personnelle, que non seulement un praticien mais un étudiant en médecine qui a un peu l'habitude des malades peut y arriver et cela immédiatement. Nous avons montré comment les critiques adressées à l'ignipuncture étaient dénuées de fondement et comment les petits dangers auxquelles elle expose le malade, sont imputables non à elle mais à un instrument très répandu et cela avec juste raison, mais qui, dans ce cas particulier, doit céder le pas au galvano-cautère. Le seul inconvénient sérieux de l'ignipuncture est la longueur du traitement dû au nombre des séances nécessaires, mais là encore nous avons montré l'exagération de nos adversaires qui nous imposent une moyenne de dix à douze séances de cautérisation se succédant pendant cinq et six mois, alors que la statistique de M. Quénu et la nôtre donnent une moyenne de trois ou quatre séances durant un mois, deux au maximum.

En somme la question se réduit à celle-ci. Il faut choisir entre l'amygdalotomie qui, à supposer qu'elle soit toujours facile, expose à l'hémorrhagie et parfois à la mort, et l'igni-

puncture, toujours possible, sûre dans ses résultats et sans dangers mais qui demande un mois de traitement. Pour nous, pas d'hésitation ; l'amygdalotomie doit céder le pas, la vie d'un sujet ne peut pas être mise en balance avec les ennuis d'une médication un peu lente.

OBSERVATION I. (*Personnelle*).

Guérison.

Marie A., âgée de 9 ans.

Cette enfant nous est amenée par sa mère qui se plaint qu'elle a l'oreille dure, elle ne souffre pas de ces organes et n'a jamais eu d'otorrhée, mais on est frappé par le timbre guttural de la voix qui présente nettement les caractères de la pharyngophonie. A l'examen de la gorge on remarque une hypertrophie notable des deux tonsilles ; ces deux glandes sont grises et formées chacune de deux lobes, l'un antéro-supérieur de la grosseur d'une noix, l'autre comme une noisette est situé au-dessous et en arrière. L'amygdale gauche est plus volumineuse que la droite, elles sont toutes les deux de consistance molle.

Le 26 septembre nous faisons dans chaque amygdale trois ou quatre ponctions avec le cautère en pointe. L'enfant est docile et se laisse faire sans bouger.

Le 3 octobre, les deux amygdales présentent au centre de leur face antéro-interne une perte de substance de la grandeur d'une petite cerise. Nous faisons dans les deux glandes toujours avec le cautère en pointe quelques ponctions autour de cette excavation.

Le 10 octobre les deux amygdales ne forment plus qu'un amas glandulaire irrégulier. Nous détruisons les saillies avec le cautère en spirale, l'enfant accuse un peu de douleur quand nous enfonçons le cautère profondément.

Le 17 octobre, l'amygdale droite est complètement détruite, mais il reste des débris volumineux de la gauche, que nous détruisons

après anesthésie à la cocaïne. Malgré cette précaution l'enfant se plaint un peu quand le couteau pénètre profondément.

Le 14 novembre, le résultat est excellent, la mère prétend qu'elle entend mieux.

OBSERVATION II. (*Personnelle*).

Guérison.

Anna A., âgée de 3 ans.

Le 5 septembre, cette enfant vient se faire examiner. Elle aurait subi 3 ou 4 séances de cautérisation au mois de juillet et aurait interrompu le traitement le 1^{er} août pour aller à la campagne.

Les deux amygdales présentent des débris glandulaires de la grosseur d'un pois et au nombre de quatre ou cinq de chaque côté. Nous les détruisons avec le cautère en tire-bouchon et faisons une toilette finale des deux surfaces.

Le 3 octobre l'enfant revient, le résultat s'est maintenu et il est très bon.

OBSERVATION III. (*Personnelle*).

Guérison.

Marianne B., âgée de 10 ans.

Cette enfant, sujette aux angines qui récidivent continuellement, présente une hypertrophie bilatérale des amygdales. Ces deux glandes qui sont du volume d'une noix et de couleur gris rosée, ont une

forme ovoïde et une surface régulière sur laquelle on ne remarque pas de cryptes, mais des follicules clos ; elles sont dures et fibreuses,

Le 12 décembre, nous faisons dans chaque amygdale trois ponctions avec le cautère en pointe qui pénètre assez facilement et nous dilacérons le plus possible les deux glandes. La petite malade n'accuse pas de douleur et se calme vite, alors qu'au début elle était un peu effrayée.

Le 19 décembre, les deux amygdales sont criblées de trous et de sillons elles ont diminué de la moitié de leur volume. Avec le cautère en spirale nous faisons dans chaque masse glandulaire une série de ponctions afin de détruire tout ce que nous pouvons.

Le résultat immédiat est bon et il est probable que la prochaine fois une toilette suffira.

OBSERVATION IV. (*Personnelle*).

Guérison.

Julia B., âgée de 3 ans 1/2.

Elle est envoyée de la consultation de chirurgie de l'hôpital Trousseau pour subir la cautérisation des amygdales.

Les deux amygdales nettement hypertrophiées sont de la grosseur d'une bonne noix ; leur couleur est rose et l'amygdale gauche porte quelques varicosités. Leur consistance est ferme.

L'amygdale droite de forme ovoïde est sessile ; la gauche est bilobée et présente un lobe antéro-supérieur un peu plus gros que le lobe postéro-inférieur.

Le 17 octobre, nous commençons les cautérisations en faisant dans chaque amygdale trois ponctions avec le cautère en pointe. L'enfant, qui crie beaucoup en arrivant, ne fait pas le moindre mouvement pendant les cautérisations.

Le 7 novembre. — Les amygdales sont divisées en quatre mamelons par trois sillons larges et profonds. Nous attaquons chaque segment avec le cautère en tire-bouchon. Malgré son appréhension, l'enfant est toujours très docile.

Le 21 novembre, les deux tonsilles sont considérablement diminuées de volume et présentent une surface irrégulière que nous détruisons autant que possible avec le cautère en spirale. Il est probable que la prochaine séance sera la dernière, car l'amélioration est évidente.

OBSERVATION V (*Personnelle*).

Guérison.

Julie B..., âgé de 6 ans.

Cette enfant est amenée à la consultation parce qu'elle tousse continuellement, la toux est sèche et incessante. Sa voix est faible et peu distincte, avec un timbre légèrement guttural. Elle est sujette aux amygdalites qui se compliquent fréquemment d'otorrhées. De plus, l'haleine est parfois fétide, elle a l'oreille droite un peu dure ; la nuit, elle dort la bouche ouverte et ronfle avec quelquefois des accès de suffocation.

L'auscultation ne révèle aucun signe pouvant expliquer sa toux, mais l'examen de la gorge révèle une différence notable dans le volume des amygdales ; tandis que la gauche est de la grosseur d'une petite noix, la droite est comme un œuf de pigeon. Toutes les deux sont blanches et rosées, de consistance molle, et offrent un développement surtout marqué en bas et en arrière. Elles sont sessiles.

Le 12 septembre, nous faisons dans l'amygdale droite quatre ponctions avec le cautère en pointe. L'enfant est docile, il n'est pas nécessaire de la tenir et l'abaisse-langue suffit.

Le 26 septembre, nous faisons trois ponctions dans l'amygdale gauche et nous ponctionnons avec le cautère en pointe les mamelons de la glande du côté opposé. Comme à la première séance, l'enfant se montre docile.

Le 3 octobre, nous faisons dans les deux amygdales une série de ponctions avec le cautère en tire-bouchon que nous enfonçons profondément entre les pertuis qui criblent les deux tonsilles. L'enfant est toujours sage et l'ouvre-bouche est toujours inutile.

Le 10 octobre, le résultat est très bon ; usant toujours du cautère en spirale, nous détruisons dans chaque amygdale toutes les saillies qui persistent.

Le 17 octobre, la guérison est complète, les deux amygdales sont complètement détruites sans que nous ayons eu le moindre accident et sans que l'enfant ait accusé de la douleur.

OBSERVATION VI (*Personnelle*).

Guérison.

Emilie C..., âgée de 16 ans.

Cette jeune fille, d'un tempérament mou et lymphatique, porte deux amygdales énormes. Elles sont grises et rosées, molles et présentent sur leur surface, qui est régulière, quelques varicosités. La droite arrive à la luette, qu'elle repousse à gauche de la ligne médiane, refoule le pilier antérieur en avant et en dehors, atteint en arrière la paroi postérieure du pharynx et descend à l'épiglotte, tandis que le voile du palais est déprimé en haut. L'amygdale gauche, beaucoup moins volumineuse, est de la grosseur d'une noix.

Le 29 août, nous faisons dans l'amygdale droite quatre ou cinq ponctions avec le cautère en pointe. La malade est très docile et n'accuse pas de douleur, elle est simplement gênée par la fumée qui pénètre dans le larynx et dans les fosses nasales.

Le 26 septembre, nous faisons de nouvelles ponctions dans l'amygdale droite dans l'intervalle des pertuis résultant de la séance précédente; nous faisons dans l'amygdale gauche trois ponctions profondes avec le même couteau.

Le 10 octobre, l'amygdale droite est criblée de trous et de sillons dus aux cautérisations précédentes, la gauche est divisée en quatre mamelons séparés par les ponctions de la séance du 26 septembre. Prenant alors le cautère en spirale, nous pratiquons dans les deux amygdales des cautérisations profondes, ces ponctions assez rapprochées à droite, amènent l'élimination de débris glandulaires carbonisés. La malade accuse parfois dans l'oreille droite une douleur assez vive qu'elle supporte d'ailleurs courageusement.

Le 17 octobre l'amygdale gauche est à peu près détruite, tandis que celle du côté opposé présente encore un certain volume. Pour éviter la douleur qui s'est produite la dernière fois, nous badigeonnons à la cocaïne. Cette anesthésie qui nous donne quelques résultats pour la toilette finale de l'amygdale gauche, ne modifie pas la douleur qui se produit dans l'oreille droite pendant la destruction des restes de l'amygdale correspondante.

Le résultat est bon et la guérison peut être considéré comme certaine, peut-être faudra-t-il cependant une dernière toilette de la fosse amygdalienne droite.

OBSERVATION VII (*Personnelle*).

Guérison.

Marguerite C..., âgée de 14 ans.

Cette jeune fille a été envoyée dans notre service par M. Cadet de Gassicourt qui adressa en même temps à M. Sevestre une lettre que notre maître nous a communiquée et dont nous extrayons ce passa-

ge : « Voilà une jeune fillette de 13 ans qui a une hypertrophie considérable des amygdales surtout de la gauche. Elle est très grande et peut-être l'ablation des amygdales risquerait-elle de produire une hémorrhagie. Il me semble qu'elle est justiciable de l'ignipuncture.... »

Les deux amygdales sont très volumineuses, de couleur rouge, de consistance dure. Elles sont sessiles et ont une forme ovale à grand axe oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; l'extrémité inférieure atteint le niveau de l'épiglotte. L'amygdale gauche fait en dedans du pilier antérieur une forte saillie et elle atteint la luette qu'elle repousse, son grand axe doit atteindre quatre centimètres, tandis que le petit peut être évalué à trois. L'amygdale droite, beaucoup moins volumineuse, est cependant fortement hypertrophiée. Nous croyons qu'il serait fort difficile de saisir ces glandes surtout la gauche avec l'amygdalotome et d'ailleurs la section laisserait un moignon énorme.

Le 30 septembre, nous faisons dans la moitié supérieure de l'amygdale gauche quatre ponctions profondes avec le cautère en pointe et nous faisons en sorte de dilacérer la glande avec le fer rouge. L'enfant est très docile ; nous nous servons simplement de l'abaisse-langue et il n'est même pas nécessaire de faire maintenir la tête de la petite malade qui n'accuse pas de douleur et qui ne se plaint qu'un peu de la fumée.

Le 10 octobre l'amygdale gauche présente dans son extrémité supérieure une perte de substance de près de un centimètre de profondeur et qui permettrait presque l'entrée de la pulpe du doigt. Au dessous de cette excavation dans la moitié inférieure de la glande nous pratiquons quatre nouvelles ponctions dans les mêmes conditions que les précédentes.

Le 17 octobre, cette amygdale est criblée de trous et de sillons provenant des ponctions déjà faites. Nous faisons alors entre ces pertuis des ponctions aussi profondes que possible, comme la malade accuse quelques douleurs nous badigeonnons la région avec la solution de cocaïne, mais l'anesthésie seulement superficielle n'a

aucune influence dans la profondeur. Nous faisons également dans l'amygdale droite une série de ponctions profondes et rapprochées avec la petite pointe du cautère.

Le 24 octobre, sur le désir de la malade qui a été incommodée toute la journée du 17 par le goût amer de la cocaïne nous ne faisons pas d'anesthésie, et la patiente ne se plaint pas quoique nous fassions une longue cautérisation avec le cautère en tire-bouchon.

Le 7 novembre les deux amygdales forment deux amas irréguliers de débris glandulaires que nous détruisons avec le cautère qui ramène chaque fois des morceaux de tissus carbonisés. Le résultat est très satisfaisant, les deux tumeurs sont remplacées par deux fossettes irrégulières qu'il suffira de niveler si la rétraction fibreuse ne se charge point de ce soin. Nous engageons la petite malade à revenir dans un mois pour se faire examiner et subir une dernière toilette si cela est nécessaire.

OBSERVATION VIII (*Personnelle*).

Guérison.

Léonie D..., âgée de 2 ans.

Cette enfant porte deux grosses amygdales blanches et molles de la grosseur d'une noix ; quand la petite malade ouvre la bouche, on voit l'isthme du gosier complètement obstrué par les deux glandes qui arrivent au contact de la luvette.

Le 19 septembre nous faisons dans l'amygdale gauche quatre ponctions avec le cautère en pointe. L'enfant est très docile malgré son âge et nous n'avons aucune peine pour l'opérer ; la seule difficulté est de maintenir la bouche ouverte car le baillon de Mathieu est trop grand et nous sommes obligés de faire avec un simple abaisse-langue qui ne fait que déprimer la langue. Cependant grâce

à l'interrupteur de la manette nous en venons à bout sans brûler les parties voisines.

Le 26 septembre nous faisons dans l'amygdale droite 4 ponctions dans les mêmes conditions que celles de la glande du côté opposé.

Le 3 octobre, nous cautérisons les deux amygdales qui sont divisées en un certain nombre de segments dans lesquels nous plongeons la pointe fine du cautère. L'enfant continue à se montrer docile et malgré ses pleurs ne fait aucun mouvement pour fuir ou se détourner.

Le 10 octobre, le résultat est bon, les deux amygdales sont criblées de pertuis et de pertes de substances, dans certains points elles sont presque complètement détruites. Nous détruisons alors avec le cautère en spirale les débris qui restent à la place qu'occupaient les deux amygdales, et les deux tumeurs ne sont plus représentées que par deux fossettes irrégulières. Comme dans les séances précédentes l'enfant a été très tranquille.

Le 17 octobre. La guérison est complète.

OBSERVATION IX (*Personnelle*).

Guérison.

Louise F..., âgée de 9 ans.

Le 26 septembre cette enfant qui aurait subi cinq ou six cautérisations avant le mois d'août vient se faire examiner en rentrant des vacances.

Les deux amygdales sont détruites, il reste seulement d'un côté quelques débris glandulaires insignifiants qui disparaîtront probablement par la rétraction fibreuse. La petite malade qui n'a plus souffert de la gorge depuis qu'elle a été cautérisée préfère ne pas subir une dernière toilette.

OBSERVATION X (*Personnelle*).

Guérison.

Henri G..., âgé de 10 ans.

Cet enfant est venu le 22 août se faire examiner, il a subi au mois de juin ou juillet cinq ou six cautérisations. La guérison est complète, la fossette amygdalienne est de chaque côté uniquement formée de tissu cicatriciel.

OBSERVATION XI (*Personnelle*).

Guérison.

Pierre G..., âgé de 9 ans.

Ce garçon a eu la scarlatine pour laquelle il a été soigné à l'hôpital Trousseau, au pavillon Davenne ; il a eu pendant le cours de cette maladie une angine grave qui lui a laissé un certain degré d'hypertrophie des amygdales.

Ces deux glandes sont rouges, sessiles et creusées de cryptes irrégulières et profondes. Leur consistance est dure et fibreuse.

L'amygdale gauche un peu plus grosse que celle du côté opposé est du volume d'une bonne noix.

Le 26 septembre nous faisons avec le cautère en pointe, trois ponctions dans l'amygdale droite et quatre dans l'amygdale gauche. L'enfant est docile et l'opération n'offre aucune difficulté : elle amène un léger suintement de sang que nous arrêtons en passant sur les points saignants le cautère porté au rouge sombre.

Le 3 et le 10 octobre nous faisons dans les deux amygdales des ponctions avec le cautère en spirale.

A la fin de la séance du 10 octobre les deux amygdales étaient complètement détruites et on pouvait considérer la guérison comme réelle, cependant nous avons recommandé au petit malade de revenir dans le cas où une toilette finale serait utile, mais il n'est pas revenu.

OBSERVATION. XII (*Personnelle*).

Amélioration.

Pierre G..., âgé de 11 ans.

Ce jeune garçon nous est amené à la consultation de médecine de l'hôpital pour une toux sèche et persistante qui présente tous les caractères de la toux amygdalienne. Il est d'ailleurs sujet aux angines.

L'auscultation de la poitrine ne révèle aucun signe pathologique, mais l'examen de la gorge nous montre l'existence d'une hypertrophie bilatérale des amygdales.

Les deux tonsilles sont énormes, leur couleur est grise et leur consistance molle. L'amygdale droite légèrement plus volumineuse que la gauche, est comme un gros œuf de pigeon et porte à sa surface quelques varicosités. Quand le malade ouvre la bouche, les deux glandes se rejoignent sur la ligne médiane, toutes les deux présentent un gros pédicule, elles sont sessiles.

Le 26 septembre nous voulons commencer les cautérisations, mais l'enfant est très indocile et il nous est impossible de le cautériser. Un aide le prend alors sur ses genoux et parvient à maîtriser les mouvements des membres et du tronc, pendant qu'un autre aide, placé derrière, lui fixe la tête. Nous parvenons alors à placer le spe-

culum buccal et à faire trois ponctions dans l'amygdale droite. Mais à ce moment, l'enfant qui a mangé avant de venir, se met à vomir et nous sommes obligés de l'abandonner. Un moment après nous voulons recommencer et l'enfant voyant qu'il n'a pas souffert se laisse faire et ne bouge plus, l'aide qui le tient sur ses genoux n'a pas besoin de le maintenir. Nous lui faisons trois autres ponctions, toujours avec la pointe fine.

Le 3 octobre, nous faisons avec le même cautère quatre ponctions dans l'amygdale gauche, que nous dilacérons le plus possible. L'enfant s'est montré docile, l'abaisse-langue a suffi et il n'a pas été nécessaire de le faire saisir par un aide.

Le 17 octobre, avec le cautère en tire-bouchon, nous faisons dans chaque amygdale une série de ponctions profondes qui ont pour effet de détruire une grande partie de ces glandes. L'enfant est docile malgré un peu de douleur, occasionnée par l'action du fer rouge dans les parties profondes.

Le 14 novembre, l'amélioration est très sensible, la mère de l'enfant prétend que la toux a presque disparue. Nous continuons la destruction du tissu glandulaire avec le cautère en spirale, il y a un peu de douleur malgré l'emploi de la cocaïne.

L'enfant n'est pas revenu depuis le 14 novembre.

OBSERVATION XIII (*Personnelle*).

Guérison.

Berthe H..., âgée de 8 ans.

Cette enfant est très sujette aux amygdalites, qui reparaissent au moindre refroidissement; elle est de plus affligée d'otorrhées rebelles qui disparurent à gauche par l'ablation de l'amygdale correspondante il y a deux ans, mais qui persistent à droite, quoique moins

fréquentes. La nuit elle dort la bouche ouverte, ronfle et présente quelquefois des accès de suffocation.

L'amygdale droite atteint le volume d'un œuf de pigeon, elle arrive à la luette en dedans et descend à l'épiglotte. Elle est de couleur blanche et légèrement rosée, sa consistance est molle. L'amygdale gauche, beaucoup moins volumineuse, est cependant de la grosseur d'une noix, elle dépasse le pilier antérieur de près de un centimètre. Il est probable qu'elle a dû être mal coupée, à moins que suivant l'opinion de Ruault, dans la thèse de Balmé, elle n'ait repoussé.

Le 29 août, nous faisons dans l'amygdale droite quatre ponctions profondes avec le cautère en pointe, tandis que nous nous servons du cautère en tire-bouchon pour faire dans la glande, du côté opposé, trois cautérisations moins profondes mais plus étendues.

L'enfant est fort sage et l'aide qui la tient sur ses genoux n'éprouve aucune difficulté pour la tenir immobile. L'emploi de l'ouvre-bouche est inutile.

Le 5 septembre, nous recommençons les cautérisations dans les mêmes conditions, c'est-à-dire que nous achevons de dilacérer l'amygdale droite avec la pointe fine, tandis que nous détruisons presque complètement celle du côté opposé avec le cautère en spirale.

Le 12 septembre, l'amygdale gauche est complètement détruite, nous attaquons alors profondément la droite avec le cautère en tire-bouchon, porté au rouge blanc. L'enfant n'accuse pas la moindre douleur.

Le 26 septembre, l'amygdale droite se présente sous la forme d'une masse de débris glandulaires de peu d'importance, nous profitons de la sagesse de la patiente pour achever en une fois la destruction de tout ce qui reste de cette glande. Nous égalisons ensuite la fossette résultant de la destruction de l'amygdale gauche.

La guérison est complète et l'enfant n'a eu aucun accident et ne s'est jamais plainte de quelque douleur. Nous lui recommandons de

revenir pour que nous puissions juger du résultat et nous assurer de l'influence qu'aura eu cette opération sur l'otorrhée.

Nous n'avons plus revu cette malade.

OBSERVATION XIV. (*Personnelle*).

Guérison.

Rémy J..., âgé de 13 ans.

Ce garçon qui aurait subi, paraît-il, une amygdalotomie double, il y a 2 ans, à l'hôpital Tenon, vient à la consultation pour se faire recouper les amygdales, car il se plaint d'avoir au moindre refroidissement des poussées d'amygdalite aiguë. Au premier abord, il présente légèrement le faciès caractéristique de l'hypertrophie amygdalienne. Les amygdales sont très volumineuses et presque de la même grosseur. Leur couleur est grise, leur surface lisse et unie n'offre pas de cryptes. Elles sont molles au toucher. La bouche étant ouverte, les deux glandes se rejoignent presque sur la ligne médiane, obstruant l'isthme du gosier et laissant juste entre elles la place de la luette.

Le 22 août, au moyen de la petite pointe du galvano-cautère, nous faisons dans chaque amygdale une série de ponctions profondes. L'enfant est très docile et se prête facilement à cette opération, la seule chose qui l'incommodé est la fumée, mais en le laissant respirer de temps en temps, on évite qu'elle ne pénètre dans le larynx.

Le 29 août, l'enfant prétend que la cautérisation du 22 ne lui a occasionné aucune gêne, qu'il n'a pas souffert de la gorge dans l'intervalle et qu'il n'a éprouvé aucune difficulté pour manger. Les deux amygdales sont criblées de pertuis, entre lesquels nous plongeons profondément le cautère en pointe et nous dilacérons les deux

glandes dans tous les sens. De même que dans la séance précédente, cet enfant n'accuse aucune douleur.

Le 5 septembre le résultat est remarquable, les deux amygdales sont criblées de pertuis et de sillons profonds et présentent de vastes pertes de substances. Nous servant alors du cautère en tire-bouchon, nous faisons dans les deux tumeurs des ponctions profondes et rapprochées, de manière à détruire tout le tissu glandulaire dont le cautère ramène à chaque coup des débris. Malgré la longueur de cette séance, le petit malade nous étonne par son calme et sa gaieté, et quoique souffrant quelque peu quand nous enfonçons le cautère profondément, il ne demande pas de cesser les cautérisations.

Le 13 septembre, le résultat est si satisfaisant que nous nous contentons de faire une simple toilette des amygdales et de déprimer avec la pointe rougie les quelques débris glandulaires qui font encore saillie.

Le 17 octobre, notre petit sujet revient pour se faire examiner; la guérison s'est maintenue complète. Les loges amygdaliennes sont recouvertes de tissu cicatriciel. Même état un mois après où nous avons l'occasion de revoir notre malade.

OBSERVATION XV. (*Personnelle*).

Amélioration.

Marie K..., âgée de 11 ans.

Amygdalites fréquentes entretenant des otorrhées continues et compliquées souvent de laryngites et de coryzas aigus.

La nuit elle dort la bouche ouverte, ronfle toujours et présente fréquemment des accès de suffocations nocturnes.

Les deux amygdales sont grises, molles et lisses; leur surface parsemée de follicules clos ne présente pas de cryptes. Elles sont nette-

ment hypertrophiées et du volume d'une grosse noix ; mais tandis que la droite quoique sessile est saillante, celle du côté gauche est complètement enchatonnée.

Le 14 novembre, nous dilacérons les deux amygdales dans chacune desquelles nous faisons trois ponctions avec la pointe effilée du galvano-cautère. L'enfant n'accuse aucune douleur et se montre docile.

Le 21 novembre, nous achevons de dilacérer les deux amygdales avec la petite pointe en allant aussi profondément que possible, l'enfant continue à ne pas se plaindre.

Le 28, nous attaquons alors chaque glande avec le cautère en tire-bouchon, de manière à détruire toutes les parties saillantes. Les deux amygdales sont à peu près brûlées, et l'amélioration est sensible.

La malade ayant cessé ses visites, nous ignorons si la guérison est complète.

OBSERVATION XVI. (*Personnelle*).

Amélioration.

Eugénie L..., âgée de 7 ans.

Amygdalites fréquentes. La mère de cette enfant se plaint que sa fille a l'oreille dure. De plus cette fillette dort la bouche ouverte et ronfle pendant son sommeil, elle est souvent réveillée par des accès de suffocation. Les deux amygdales sont hypertrophiées, mais elles ne se présentent pas toutes les deux de la même façon, tandis que la gauche, volumineuse comme un œuf de pigeon, fait une forte saillie dans l'isthme du gosier, celle du côté opposé est complètement enchatonnée et doit avoir à peu près la grosseur d'une noix. Toutes

les deux sont mollés et blanches; leur surface est irrégulière et parsemée de cryptes profondes.

Le 26 septembre, nous commençons les cautérisations; mais l'indocilité de cette enfant est extrême et nous sommes obligés de recourir à l'ouvre-bouche. Grâce à ce baillon et aux aides qui parviennent à la maîtriser, nous arrivons à faire trois à quatre ponctions dans l'amygdale gauche que nous essayons de traverser avec la petite pointe du cautère.

Le 3 octobre l'enfant est toujours aussi indocile que dans la dernière séance et nous devons recourir aux mêmes moyens pour arriver à la maîtriser. De cette manière nous parvenons à faire trois ponctions dans l'amygdale droite et autant dans l'amygdale gauche avec la même pointe du cautère.

Le 17, le caractère de la malade ne s'améliore pas. L'amygdale gauche est criblée de pertuis et est sensiblement diminuée de volume; celle de droite présente trois trous qui la divisent en petits segments. Malgré l'indocilité du sujet nous parvenons à cautériser les deux tumeurs avec le cautère en tire-bouchon et à les détruire en partie.

OBSERVATION XVII. (*Personnelle*).

Guérison.

Antoine L., âgé de 7 ans.

Ce garçon est venu le 22 août faire examiner sa gorge. Il a été traité dans le service pour une hypertrophie double des amygdales et aurait subi, dit-il, cinq ou six séances de galvanopuncture. Actuellement la guérison est complète, les deux amygdales sont détruites,

OBSERVATION XVIII. (*Personnelle*).

Guérison.

Henri L., âgé de 8 ans.

Cet enfant a été soigné à l'hôpital Trousseau, dans le pavillon Davenne, pour une scarlatine avec angine grave et intense. Cette affection lui a laissé une hypertrophie bilatérale des amygdales. Les deux tonsilles sont de couleur rouge ; leur forme est à peu près sphérique. Quoique faisant saillie dans l'isthme du gosier, elles présentent un gros pédicule et peuvent être considérées comme sessiles. Leur consistance est dure et fibreuse ; leur volume atteint celui d'une noix.

Le 26 septembre nous pratiquons dans l'amygdale de chaque côté trois ou quatre ponctions avec le petit cautère en pointe en le faisant voyager dans le tissu glandulaire afin de le dilacérer. L'enfant est docile et ne se plaint pas. Il se produit un léger suintement sanguin qui est vite arrêté par l'application du cautère porté au rouge sombre.

Le 3 et le 10 octobre nous faisons dans les deux amygdales des ponctions profondes avec le cautère en tire-bouchon et nous arrivons ainsi à détruire à peu près complètement les deux glandes. Aussi, le 17 octobre, il n'y a plus qu'à faire une toilette finale en déprimant quelques débris glandulaires échappés au fer rouge et derniers vestiges des amygdales.

OBSERVATION XIX. (*Personnelle*).

Amélioration.

Pauline M., âgée de 11 ans.

Cette enfant présente une otorrhée rebelle surtout prononcée du côté droit, elle est sujette à des amygdalites à répétition qui se compliquent de coryzas et de bronchites. La nuit elle dort la bouche ouverte et ronfle pendant son sommeil fréquemment interrompu par des accès de suffocation. Les deux amygdales sont hypertrophiées, de couleur grise, de consistance ferme et présentent une surface irrégulière parsemée de cryptes. L'amygdale droite de forme sphérique est saillante dans l'isthme du gosier, quoique pourvue d'un gros pédicule et pouvant être considérée comme sessile, elle a le volume d'un œuf de pigeon. Celle de gauche au contraire est enchatonnée, ovoïde et de la grosseur d'une noix.

Le 10 octobre nous faisons dans l'amygdale droite trois ponctions profondes avec la pointe fine du galvano-cautère. L'enfant est indocile ce qui fait que nous n'attaquons pas l'amygdale gauche.

Le 24, l'enfant est beaucoup plus docile, aussi faisons-nous dans chaque glande trois ponctions avec la pointe fine qui nous sert à dilacérer profondément le parenchyme amygdalien.

Le 7 et le 28 novembre nous attaquons les deux amygdales avec le cautère en tire-bouchon que nous enfonçons aussi profondément que possible ce qui amène un peu de douleur et quelque résistance de la malade. L'amélioration est sensible.

Cette fillette n'ayant pas reparu depuis le 28 novembre, nous ignorons si la guérison est complète.

OBSERVATION XX (*Personnelle*).

Guérison.

Albert M..., âgé de 10 ans.

Cet enfant nous est amené parce qu'il est atteint d'une toux sèche persistante et qu'il est sujet la nuit à des accès de suffocation ; tout le temps de son sommeil, il fait entendre un ronflement continu. Au premier abord, on est frappé du faciès du malade, la face est asymétrique, le côté gauche est plus développé que le côté droit ; le nez, légèrement épaté, avec les narines dilatées et la bouche entr'ouverte, donne au sujet un aspect hébété caractéristique. Le thorax est peu développé, l'enfant est chétif. La voix, gutturale, offre les caractères particuliers de la voix amygdalienne ; l'intelligence est peu développée.

A l'examen de la gorge, on remarque une hypertrophie considérable des amygdales, la gauche est comme un œuf de pigeon, la droite est sensiblement plus petite. Toutes les deux sont grises, un peu rosées, elles sont sessiles et leur consistance est molle.

Le 26 septembre, malgré l'indocilité de l'enfant, nous pratiquons dans l'amygdale gauche une série de ponctions avec le cautère en pointe fine. Le petit malade finit par se calmer, car il ne ressent aucune douleur du fait de l'opération.

Le 3 octobre, le petit malade, rassuré par son expérience de la séance précédente, se montre très docile. Son calme nous permet d'attaquer les deux amygdales, continuant à nous servir de la pointe fine, nous creusons les deux glandes de pertuis profonds et de sillons en tous sens.

Le 10 octobre, les deux amygdales forment deux masses informes de bourgeons glandulaires que nous attaquons avec le cautère en

tire-bouchon, de manière à les détruire complètement. Le malade accuse un peu de douleur, mais cependant reste calme.

Le 17 octobre, le résultat est excellent, dans les loges amygdaliennes persistent seuls quelques débris glandulaires informes que nous détruisons avec le cautère à large surface.

OBSERVATION XXI (*Personnelle*).

Amélioration.

Juliette M..., âgée de 3 ans.

Cette enfant est atteinte d'une hypertrophie bilatérale et considérable des amygdales. L'amygdale droite atteint le volume d'un œuf de pigeon, tandis que celle du côté gauche, plus petite, est comme une noix. Toutes les deux sont grises, elles se rejoignent sur la ligne médiane quand la petite malade ouvre fortement la bouche. Au toucher, elles présentent une consistance molle.

Cette enfant est très indocile, aussi sommes-nous obligés d'employer tous les moyens de contention, et même avec l'ouvre-bouche nous avons de la difficulté à la cautériser. Cependant le 26 septembre nous parvenons à cautériser l'amygdale droite dans laquelle nous plongeons à plusieurs reprises le cautère en pointe porté au rouge vif.

Le 10 octobre, l'enfant est toujours indocile et nous éprouvons beaucoup de peine pour la maintenir. Malgré cela nous arrivons à faire trois ponctions dans l'amygdale gauche et nous attaquons profondément l'amygdale droite que nous dilacérons autant que nous le permet l'agitation de la malade.

Le 17 octobre, il y a une légère amélioration, les amygdales sont moins volumineuses et sillonnées de cryptes profondes. Nous

prenons alors le cautère en tire-bouchon et essayons de brûler le plus possible les deux glandes, malheureusement l'indocilité du sujet nous oblige à faire des cautérisations légères.

La malade n'a pas reparu depuis la fin d'octobre, nous ignorons donc si l'amélioration a fait des progrès grâce à la rétraction fibreuse.

OBSERVATION XXII. (*Personnelle*).

Guérison.

Julien M., âgé de 7 ans.

Il a subi au mois de juillet une amygdalotomie double, mais la section, grâce à la friabilité des deux amygdales a été faite trop en dedans. Elle n'a enlevé que le sommet de ces deux tumeurs laissant de chaque côté un moignon du volume d'une noix.

Le 15 et le 22 août nous faisons dans chaque amygdale avec le cautère en tire-bouchon porté au rouge vif une série de ponctions profondes et aussi rapprochées que possible. L'enfant est docile, il n'accuse aucune douleur pendant ces deux séances de galvano-puncture et cette opération n'offre aucune difficulté.

Le 29 août, les deux amygdales sont complètement détruites et ne nécessitent plus qu'une dernière toilette qui consiste à détruire quelques débris restant et à égaliser la fossette amygdalienne.

OBSERVATION XXIII (*Personnelle*).

Guérison.

Honorine P., âgée de 6 ans.

Cette fillette qui est atteinte d'otorrhée rebelle, est sujette à des

poussées continuelles d'amygdalites. Le 1^{er} août on lui enlève à l'amygdalotome l'amygdale droite sphérique, pédiculée et de volume moyen et on lui recommande de revenir le 8 août, pour qu'on lui brûle l'amygdale gauche. Celle-ci est énorme, elle arrive à la luette, refoule en haut le voile du palais, descend en bas au niveau de l'épiglotte, mesurant ainsi une hauteur de quatre centimètres ; il serait impossible de la couper, d'ailleurs elle est sessile.

L'enfant ne revient pas le 8, mais le 15 l'otorrhée reparait à gauche et pendant quelques jours, elle est atteinte de surdité de ce côté et on nous la ramène le 29 août. Nous commençons les cautérisations ce jour là, mais l'enfant est indocile et nous sommes obligés de recourir à l'ouvre-bouche.

Le 29 août et le 12 septembre, nous faisons dans l'amygdale gauche une série de ponctions avec le cautère en pointe que nous enfonçons aussi profondément que possible, en même temps que nous creusons des sillons à travers le tissu glandulaire.

Le 26 septembre l'amygdale est divisée en une série de petits segments que nous attaquons en plongeant à leur centre la pointe rouge du cautère en spirale, de manière à les détruire le plus possible. Le 3 octobre nous recommençons la même opération et nous parvenons, malgré l'indocilité du sujet, à détruire l'amygdale.

OBSERVATION XXIV (*Personnelle*).

Guérison.

Edouard S..., âgé de 10 ans.

Ce garçon a eu la scarlatine pour laquelle il a été soigné à l'hôpital Trousseau, pavillon Davenne, pendant le cours de son affection il a eu une angine très intense qui lui a laissé une hypertrophie persistante des amygdales. Celles-ci ne sont pas très volumineuses,

quoiqu'elles atteignent le volume d'une noix, mais elles sont dures et de consistance fibreuse. Leur couleur est rose-vif, leur surface est lisse et régulière.

Le 26 septembre, nous faisons dans les deux amygdales, avec le cautère en pointe fine, une série de ponctions aussi profondes que nous le permet la consistance fibreuse de ces organes. L'enfant est docile, quoique cette petite opération soit un peu douloureuse. Ces ponctions faites avec le cautère porté au blanc amènent un léger suintement de sang, vite arrêté par le contact de la pointe portée seulement au rouge sombre.

Le 3 octobre, les deux amygdales sont désagrégées par les ponctions précédentes, cela nous permet de nous servir du cautère en tire-bouchon avec lequel nous pratiquons des cautérisations profondes et étendues. Comme la première fois cette intervention est un peu douloureuse et s'accompagne d'un petit écoulement sanguin, mais l'enfant reste calme et le sang s'arrête spontanément.

Le 10 octobre, les deux amygdales sont presque complètement détruites et nous achevons de brûler les quelques débris qui persistent à la place qu'occupaient les deux glandes. Le malade n'éprouve pas de douleur, et il ne se produit pas de perte de sang; il est bon d'ailleurs d'ajouter qu'après les deux séances précédentes, une fois les cautérisations finies, l'enfant n'a pas eu le moindre suintement de sang.

OBSERVATION XXV. (*Personnelle*).

Guérison.

Marguerite S..., âgée de 10 ans.

Cette enfant, qui est très sujette aux amygdalites, présente une hypertrophie bilatérale des amygdales, mais les deux glandes sont loin d'être atteintes au même degré. Tandis que la droite est tout au

plus comme une noix, celle du côté opposé qui est énorme dépasse le volume d'un œuf de pigeon. Elle atteint la luette, refoule en haut le voile du palais, descend à l'épiglotte et présente une hauteur que sans exagérer on peut évaluer à quatre centimètres. Toutes les deux sont grises, lisses, et leur consistance est molle.

La cautérisation est difficile à cause de l'indocilité de l'enfant, à laquelle nous sommes obligés d'appliquer le baillon de Mathieu pour maintenir la bouche ouverte et éviter qu'elle ne se brûle. Cependant le 22 août nous parvenons à pratiquer dans l'amygdale gauche une série de ponctions profondes avec le cautère à pointe fine.

Le 5 septembre, l'enfant n'ayant pas souffert dans la dernière séance est beaucoup plus docile, cependant par mesure de précaution nous continuons l'emploi du baillon. Nous faisons des cautérisations profondes et rapprochées dans les deux amygdales en nous servant du même cautère que dans la séance précédente.

Le 12 septembre les deux amygdales sont criblées de pertuis et présentent de vastes pertes de substance. Nous prenons alors les cautères en tire-bouchon et attaquons les mamelons formés par les cautérisations précédentes, il ne se produit aucun incident et le résultat s'annonce bon.

Le 26 septembre, l'amygdale droite est complètement détruite, de la gauche il reste encore quelques amas de tissus échappés au fer rouge et dont nous achevons la destruction.

On peut considérer la guérison comme complète, mais nous engageons la petite malade à revenir dans un ou deux mois pour se faire examiner.

OBSERVATION XXVI (*Personnelle*).

Guérison.

Maurice S..., âgé de 11 ans.

Sujet à des amygdalites fréquentes et très douloureuses, il a subi il y a deux ans une amygdalotomie du côté droit ; depuis lors les poussées inflammatoires quoique plus rares se répètent de temps en temps au moindre refroidissement. Il présente d'emblée le faciès caractéristique de l'hypertrophie amygdalienne ; la bouche continuellement entr'ouverte donne à l'enfant un air peu intelligent, qui est, il est vrai, en rapport avec un développement peu accentué des facultés intellectuelles. La voix pâteuse et gutturale offre les caractères de la pharyngophonie ; l'enfant en proie à une petite toux sèche et fatigante a continuellement des raclements dans le gosier. Il ronfle paraît-il, la nuit, mais il n'a pas d'accès de suffocation.

L'amygdale gauche sessile et ovalaire est de la grosseur d'une grosse noix ; sa couleur est rosée et sa consistance quoique ferme n'est cependant pas fibreuse.

Le 19 septembre avec le cautère en tire-bouchon nous faisons dans cette glande une série de ponctions allant jusqu'aux couches profondes et aussi serrées que possible, aussi de temps en temps la pointe ramène-t-elle des débris parfois volumineux de l'amygdale. L'enfant est docile aussi prolongeons-nous la séance afin d'essayer de détruire rapidement cet organe. Nous faisons aussi trois ponctions profondes dans le moignon de l'amygdale droite.

Le 26 septembre, l'amygdale est presque complètement détruite, il n'en reste que des débris épars et pas un seul fragment d'un certain volume. Avec le même cautère, nous achevons la destruction de ces restes ainsi que du moignon de l'amygdale droite.

La guérison est complète, nous recommandons au malade de revenir dans un ou deux mois.

OBSERVATION XXVII (*Personnelle*).

Guérison.

Elisa S..., âgée de 6 ans.

Amygdalites fréquentes, la respiration se fait par la bouche, qui est continuellement entr'ouverte, l'enfant présente fréquemment des accès de suffocations nocturnes. Les deux amygdales sont volumineuses, elles atteignent la grosseur d'une noix. Elles sont blanches et légèrement rosées, leur surface lisse et régulière présente quelques follicules mais pas de cryptes. Leur consistance est molle et friable.

Le 29 août, nous faisons dans l'amygdale droite trois ponctions avec le cautère en pointe. L'indocilité de l'enfant à laquelle nous sommes obligés de mettre l'ouvre-bouche, nous empêche d'attaquer l'amygdale gauche et nous nous contentons de dilacérer la droite.

Le 12 septembre, nous pratiquons la même opération sur l'amygdale gauche. L'enfant est toujours indocile, mais grâce au baillon, nous parvenons à la cautériser sans atteindre les parties voisines.

Le 3 octobre, nous nous servons alors du cautère en tire-bouillon pour pratiquer des cautérisations étendues sur les deux amygdales qui sont criblées de pertuis et creusées de sillons profonds.

Le 17 octobre, l'amélioration est très sensible, les deux glandes présentent de vastes pertes de substance et en certains points, sont tout à fait détruites. Les parties qui persistent sont formées de débris de tissu amygdalien de petit volume, ils sont séparés par des sillons

et des trous et leur chute est imminente. Nous achevons, avec le cautère à large surface, la destruction de toutes ces saillies glandulaires et nous égalisons avec le fer rouge la fossette située entre les piliers du voile.

Malgré l'indocilité du sujet qui ne s'est pas démentie une seule fois, nous sommes donc parvenus à le débarrasser complètement de ses amygdales.

OBSERVATOIN XXXVIII (*Personnelle*).

Guérison.

Louis T., âgé de 7 ans.

Cet enfant, qui présente le faciès caractéristique de l'hypertrophie des amygdales et qui, lorsqu'il parle, a une voix gutturale, pâteuse et peu distincte, est atteint de surdité légère, il a l'oreille dure, d'après sa mère. De plus, il tousse continuellement, et cette toux sèche et fatigante est due à l'irritation causée par la présence d'amygdales volumineuses.

Ces deux organes sont, en effet, nettement hypertrophiés ; l'amygdale droite est de la grosseur d'un œuf de pigeon et celle du côté opposé lui est à peine inférieure. Toutes les deux sont grises, molles et friables ; le simple contact du doigt suffit pour amener quelques gouttes de sang. Quoique sensibles, elles forment une forte saillie dans l'isthme du gosier et arrivent presque à se rejoindre sur la ligne médiane.

Le 26 septembre, nous commençons les cautérisations. A cause de l'indocilité du sujet, nous sommes obligés d'employer le baillon, grâce auquel nous parvenons sans accident à cautériser profondément quatre ou cinq fois chaque amygdale, avec le cautère en pointe.

Le 3 et le 10 octobre, l'enfant, qui n'a pas souffert dans la séance du 26 septembre, est complètement rassuré, aussi nous servons-nous simplement de l'abaisse-langue. Nous prenons alors le cautère en tire-bouchon qui, offrant une surface plus considérable, a une action plus puissante, et nous faisons dans chaque amygdale des cautérisations aussi profondes et aussi étendues que possible. L'enfant les supporte bien, quoi qu'elles soient un peu douloureuses.

Le 24 octobre, les deux amygdales sont presque complètement atrophiées, et grâce à la docilité de l'enfant, nous achevons dans une seule séance la destruction de tous les vestiges des tonsilles.

Le 12 décembre, l'enfant a été ramené par sa mère, qui prétend que la dureté de l'oreille a diminué. Le résultat des cautérisations est excellent, l'espace compris entre les piliers est complètement libre.

OBSERVATION XXIX (*Personnelle*).

Guérison.

Louise T..., âgée de 11 ans.

Cette enfant porte au cou et à la région sous-maxillaire des cicatrices d'adénites tuberculeuses ulcérées. Le nez volumineux et la lèvre supérieure épaisse attestent le tempérament strumeux dont le diagnostic est confirmé par de la cilio blepharite aux deux yeux. Elle est sujette à des amygdalites fréquentes compliquées souvent de coryza et d'otorrhée.

Les amygdales sont nettement hypertrophiées ; elles atteignent le volume d'une noix. Mais elles sont complètement enchatonnées dépassant à peine de un demi centimètre les piliers dans l'intervalle desquels elles sont développées et qu'elles repoussent. Leur couleur est blanche ; leur consistance molle et friable.

L'enfant est très calme et grâce à sa docilité nous laissons de côté l'ouvre bouche et nous prolongeons la séance. Avec le cautère en tire-bouchon nous faisons dans chaque amygdale une série de ponctions profondes et serrées, aussi de temps en temps le couteau ramène-t-il des débris glandulaires carbonisés dont quelques-uns ont le volume d'un pois. La petite malade n'accuse aucune douleur.

Le 12 septembre, le résultat des cautérisations du 5 septembre est très bon, les deux amygdales sont presque détruites. Grâce à la docilité de l'enfant qui ne se dément pas un seul instant, nous arrivons à achever la cautérisation de ce qui reste. A la place qu'occupaient les amygdales existe de chaque côté entre les piliers une fossette irrégulière, qu'aplanira sans doute la rétraction du tissu fibreux et nous pouvons considérer d'ore et déjà la guérison comme radicale et définitive.

OBSERVATION XXX (*personnelle*).

Guérison.

Antoinette V.... âgée de 9 ans.

Cette fillette, qui est sujette à des laryngites fréquentes et présente constamment des extinctions de voix, nous est adressée par la consultation de médecine de l'hôpital Trousseau pour une hypertrophie bilatérale des amygdales. Les deux glandes sont grises, molles et friables et du volume d'une noix. Leur surface lisse et régulière présente quelques follicules, mais pas de cryptes.

Le 5 décembre, nous faisons dans chaque amygdale une série de ponctions avec le cautère en pointe fine, l'enfant est docile et l'opération se fait sans difficultés.

Le 12 décembre, les amygdales sont criblées de trous et présen-

tent quelques pertes de substance, nous les attaquons alors avec le cautère en spirale et nous les cautérisons aussi profondément que nous le pouvons. Quoique souffrant un peu quand le cautère pénètre dans les parties profondes, la petite malade est toujours docile.

Le 19 décembre, les amygdales sont complètement détruites, aussi nous contentons-nous aujourd'hui de faire la toilette de l'espace compris en les piliers du voile du palais.

OBSERVATION XXXI (*Personnelle*).

Guérison.

Juliette V..., âgée de 9 ans.

Cette enfant se plaint d'avoir, au moindre refroidissement, des poussées inflammatoires très douloureuses sur les amygdales, la voix est gutturale et peu distincte ; sa mère dit qu'elle ronfle pendant son sommeil et présente fréquemment des accès de suffocation nocturnes.

A l'examen de la gorge on remarque que les deux amygdales, sessiles et du volume d'une forte noix sont nettement hypertrophiées. Leur aspect extérieur est lisse et régulier ; elles sont d'un blanc rosé et au toucher leur consistance est molle.

Le 26 septembre, nous pratiquons dans les deux amygdales avec le cautère en pointe des ponctions profondes et rapprochées de manière à mortifier le parenchyme glandulaire jusque dans les couches profondes. La petite malade n'accuse aucune douleur et se montre très docile, il n'est pas nécessaire de la tenir et l'abaisse-langue suffit sans que nous soyons obligés de recourir à l'ouvre-bouche.

Le 3 octobre les amygdales sont criblées de pertuis et creusée

esillons profonds qui séparent des fragments de tissu dont la chute est imminente, Nous prenons alors le cautère en tire-bouchon et nous faisons dans chaque amygdale des cautérisations dans tous les sens et qui ont pour résultat de détruire sur place ou de faire tomber tous les bourgeons glandulaires.

Le 10 octobre la destruction des amygdales est complète, une simple toilette suffit pour assurer la guérison.

OBSERVATION XXXII (*Personnelle*).

Guérison.

Philippe V..., âgé de 10 ans.

Ce petit garçon est venu le 8 août faire constater le résultat des cautérisations qu'il a subies il y a quelque temps pour une hypertrophie bilatérale des amygdales. Il aurait subi cinq ou six cautérisations au galvano-cautère.

Actuellement la guérison est complète, les amygdales sont complètement atrophiées et la place qu'elles occupaient entre les piliers du voile est comblée par du tissu cicatriciel.

OBSERVATION XXXIII.

Due à l'obligeance du docteur Gilles.

Madame P..., âgée de 28 ans, tempérament lymphatique, constitution peu robuste s'est mariée à l'âge de 21 ans et a eu cinq grossesses. Elle a continuellement des angines; les amygdales déformées et fortement hypertrophiées ont été le siège d'abcès, elles sont dures et fibreuses.

A la première séance le 30 mars 1888, une amygdale est attaquée au thermo-cautère ; mais la malade, un peu pusillanime, redoutant ce mode opératoire, dans les séances suivantes la pointe galvanique est substituée au cautère de Paquelin. L'opération conduite comme d'habitude c'est-à-dire avec des intervalles d'environ dix jours entre chaque séance de cautérisations dure jusqu'au 10 mai et ne donne lieu à aucune complication. Il a fallu environ quatre séances de trois ou quatre ponctions pour détruire chaque amygdale.

OBSERVATION XXXIV.

Due à l'obligeance du docteur Gilles.

Mademoiselle Alice P..., âgée de 8 ans, fille de la précédente, souvent malade, est pâle et chétive. Les ganglions cervicaux sont fortement développés, et elle présente une hypertrophie des amygdales moyenne à gauche mais considérable à droite.

A chaque séance nous faisons dans chaque amygdale quatre ponctions et nous nous servons d'une manière exclusive du galvanocautère. Les cautérisations sont très bien supportées par la petite malade, et, comme chez la mère, ne donnent lieu à aucune réaction. Les séances ont été espacées de huit en huit jours et ont été au nombre de cinq pour l'amygdale droite et de trois seulement pour l'amygdale gauche. Début le 25 mai 1888.

OBSERVATION XXXV

Due à l'obligeance du docteur Gilles

Mme R... âgée de 56 ans. Otite moyenne suppurée à gauche, de plus cette dame se plaint d'une gêne dans le haut de la bouche du côté gauche. A l'examen on voit sur l'amygdale gauche une excroissance volumineuse charnue de même consistance que l'amygdale, remontant au-dessous du voile du palais qu'elle refoule en haut. L'exploration digitale n'y révèle rien de particulier, et Mme R... se rend bien compte que c'est bien là qu'est son mal. L'ablation proposée est acceptée aussitôt par la malade. Nous faisons dans l'espace naso-pharyngien une insufflation de la poudre suivante : cocaïne un, sucre porphyrisé 10. L'insensibilité obtenue nous attirons en bas et en dedans avec un crochet mousse la tumeur, qui peut être alors engagée dans une anse galvanique jusqu'à sa base sur l'amygdale. L'ablation est faite rapidement et sans que Mme R... ait ressenti la moindre douleur. Elle nous dit alors qu'elle se rend parfaitement compte que ce corps qui la gênait beaucoup a disparu et qu'elle en éprouve un réel soulagement. Nous avons occasion de voir Mme R... pour le traitement de son otite, aucune réaction n'est survenue et la gêne n'a pas reparu.

OBSERVATION XXXVI

Due à l'obligeance du docteur Gilles

Mme L..., âgée de 28 ans, artiste dramatique, d'une constitution

forte n'a jamais été malade. Depuis quelque temps elle remarque que sa voix perd de son timbre et de sa hauteur.

A l'examen, on ne trouve rien dans le nez, ni dans l'espace nasopharyngien, le pharynx présente seulement un peu de rougeur et quelques glandules légèrement développées. Mais à la base de la langue et en avant du bord supérieur de l'épiglotte existe un amas de végétations adénoïdes qui par leur développement rappellent les tumeurs adénoïdes du naso-pharynx et qui ont été décrits sous les noms de quatrième amygdale, d'amygdale linguale, d'amygdale de Luschka. En faisant pousser le son *é* on voit à l'examen laryngoscopique le bord supérieur de l'épiglotte s'engager sous une végétation adénoïde, médiane énorme qui retombe sur la face antérieure de l'épiglotte. A ce moment Mme L... est obligée pour tenir le son de faire un effort plus grand et c'est à ces efforts répétés qu'il faut attribuer la rougeur diffuse du pharynx et la laryngite.

La grosse végétation médiane put être engagée dans l'anse galvanique et enlevée d'un seul coup. A l'aide du miroir laryngien, les autres végétations plus petites et plus aplaties furent détruites au moyen du galvano-cautère avec une pointe en forme de cupule. Deux cautérisations en général, trois au maximum suffirent pour détruire complètement chaque végétation. Depuis, Mme L... a retrouvé les qualités anciennes de sa voix.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire de la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales et des observations qui suivent, nous concluons :

1° L'hypertrophie des amygdales est une affection qui mérite un traitement et un traitement chirurgical.

2° En face de l'amygdalotomie, qui a l'avantage de la rapidité, mais qui n'est pas toujours possible et qui est dangereuse, l'ignipuncture n'a eu que des succès.

3° La galvano-puncture est une opération simple, facile et qui n'est pas douloureuse.

4° Le nombre des séances nécessaires à la destruction de ces tumeurs par le cautère galvanique est en moyenne de quatre et souvent de moins.

5° La galvano-puncture n'a qu'une contre-indication, l'indocilité des enfants en bas âge.

6° Le galvano-cautère doit être préféré au thermo-cautère qui n'a aucun avantage et qui offre des inconvénients.

VU :

Le président de la soutenance,
PANAS.

VU :

Le doyen,
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'académie de Paris,
GRÉARD.

